

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940.

1939

THESE

N°
799

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

André FOURMONT

Né le 10 Mai 1908, à Nantes (Loire-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU
**Traitement de la Maladie
de Duhring-Brocq**

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940.

N°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

André FOURMONT

Né le 10 Mai 1908, à Nantes (Loire-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU
**Traitement de la Maladie
de Duhring-Brocq**

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	FIESSINGER.
»	ABRAMI.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
BESANÇON (Justin) .	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOL	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY.....	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
DELARUE	Anat. pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgic.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgic.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgic.	SÉNÈQUE	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	SICARD	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anat. pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgic.
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE		BASSET	
BRULÉ		BROcq	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER		DE GAUDART D'ALLAINES	
DONZELOT		LEVEUF	
HUGUENIN		MOULONGUET	
LAROCHE (Guy)		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU			
PIÉDELIEVRE		ECALLE	
SEZARY		METZGER	
DUVOIR		PORTES	
GASTINEL		VIGNES	

Clinique Médicale.

Clinique Chirurgicale.

Clinique Obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Hommage de respectueuse gratitude.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A M. LE PROFESSEUR GUILLAUME-LOUIS

Qui dirigea nos études.

A M. LE PROFESSEUR SEZARY

Qui nous aida de ses sages conseils.

A M. LE DOCTEUR MASSON

Qui nous inspira le sujet de cette thèse.

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MON AMI ET MON MAITRE
M. LE PROFESSEUR ARON

Remerciements cordiaux.

MEIS ET AMICIS

PREMIÈRE PARTIE

LA MALADIE DE DUHRING-BROCQ

I. — SES CARACTÈRES PRINCIPAUX

Parmi les nombreuses éruptions bulleuses de la peau, on s'est efforcé de faire une classification permettant de décrire des maladies « autonomes ».

C'est ainsi que se sont créés des syndromes, dont la maladie de Duhring-Brocq, ou dermatite de Duhring, au traitement de laquelle nous avons consacré ce travail.

Quelques lignes nous seront nécessaires pour rappeler les caractères de la dermatite de Duhring empruntés à la description de MM Arnault, Tzanck et Maurice Cord.

Nous trouverons donc :

1° *Une éruption bulleuse.*

La maladie de Duhring-Brocq est essentiellement constituée par l'apparition de bulles.

Déjà, sur la nature de l'éruption, les auteurs divergent : herpétiforme pour Duhring, elle est polymorphe pour Brocq qui signale « la coexistence d'éruptions érythémato-vésiculeuses, érythématobulleuses, parfois urticariennes, papuleuses, parfois herpétiformes, plus souvent groupées, mais pouvant être disséminées ».

Les localisations sont multiples, avec prédominance aux membres supérieurs, sans symétrie.

Duhring ne décrit pas l'atteinte des muqueuses, tandis que Brocq reconnaît la présence des bulles muqueuses, comme dans le pemphigus chronique.

2° *Du prurit.*

Rarement très intense, il serait accompagné d'impression pénible d'ardeur, de brûlure, surtout marquée au début des poussées.

Là encore, les auteurs ne sont plus d'accord : Hudelo considère la maladie de Duhring comme essentiellement prurigineuse, Hoffman, Rosenthal, Danlos sont d'un avis contraire, tandis que d'autres affirment que le prurit toujours existant n'est jamais très violent.

3° *La conservation d'un bon état général.*

Duhring et Brocq sont d'accord sur ce point. Seules des complications locales pourraient sur-

venir (infection des éléments), ou certains troubles trophiques ou encore une mélanodermie. On a aussi signalé des complications rénales.

4° *Une évolution par poussées.*

La poussée dure quelques semaines à quelques mois. On constate un agrandissement des éléments et l'apparition d'éléments nouveaux sur des placards érythémateux. Les éléments anciens disparaissent, les érythèmes pâlisent, les bulles se crèvent sous l'action du grattage ou du frottement, remplacées par des croûtes qui tombent en laissant souvent une pigmentation pouvant durer un certain temps. Enfin la dermatite de Duhring-Brocq s'observe à tous les âges.

5° *Certaines particularités biologiques.*

a) En premier lieu, l'éosinophilie doit être signalée : elle peut atteindre et dépasser 10 % dans le sang et 90 % dans le liquide des bulles.

b) De plus, l'hypersensibilité cutanée à l'égard de diverses substances, l'iodure de potassium par exemple, est remarquable.

En résumé, MM. Tzanck et Cord condensent leur description en ces mots : « affection bulleuse polymorphe, généralement herpétiforme, prurigé-

neuse, évoluant par poussées, respectant l'état général, s'accompagnant fréquemment d'éosinophilie dans le sang et dans le liquide des bulles et fréquemment de sensibilité à diverses substances et notamment aux sels halogénés ».

II. — TRAITEMENT

La maladie de Duhring-Brocq a donné lieu à des thérapeutiques excessivement variées et tout aussi inconstantes.

1° Traitement local

Il a été rapidement reconnu insuffisant.

Purement symptomatique, il s'adresse au prurit et à la désinfection des bulles excoriées.

Celles-ci sont percées et touchées à l'eau de Dalibour.

Le liniment oléo-calcaire, les crèmes ichthyolées et soufrées sont utilisées de même que les poudres inertes.

2° Traitement général

Nous devons citer pour mémoire les sérums et vaccins proposés par les auteurs qui pensaient à l'origine infectieuse de la dermatite de Brocq et Duhring.

D'Italie et d'Allemagne surtout on vanta les vertus des vaccins antistaphylococcique, streptococcique, gonococcique, typhique, etc...

Probablement les résultats obtenus étaient-ils les heureux effets d'une action de choc.

La pyrétothérapie eut aussi son heure de gloire sous la forme d'injections de lait, de peptones, de Dmelcos ou sous la forme de malariathérapie.

Les extraits de glandes, les hormones n'eurent guère de succès.

Enfin les agents physiques, rayons ultra-violet ou radiathérapie profonde de la moelle furent également sans résultat.

Nous arrivons à des méthodes plus intéressantes, avec :

1° *L'arsenic*

L'ingestion sous forme d'arséniate de soude ou de Liqueur de Fowler ou l'injection sous forme de cacodylate de soude est considérée comme peu efficace.

Par contre, les arsénicaux organiques pentavalents ou trivalents seraient plus efficaces, par exemple le novarsénobenzol.

Selon les auteurs anglais et américains les succès seraient dus à un arrêt trop rapide de la médication.

2° *La quinine*

La quinine, à très fortes doses, selon M. Darier, donnerait d'excellents résultats, surtout si elle est associée à l'arsenic.

3° *Auto-Hémothérapie*

L'auto-hémothérapie et ses dérivés apporteraient des résultats assez constants : la poussée s'arrête parfois dans les premières heures de la première injection, selon Watrin, et cette thérapeutique, active sur la dermatite de Duhring-Brocq, serait inopérante sur le pemphigus.

4° *Iode*

De très petites doses d'iode mais croissantes amèneraient une accoutumance de l'organisme aux causes inconnues de la dermatite, selon Jadassohn.

Perls opère inversement en débutant par de grosses doses d'iodure de potassium, qui provoquent une poussée, mais semblent ensuite créer une accoutumance.

La sensibilité à l'iode varie d'ailleurs suivant le sujet et la voie d'introduction.

5° *Toutes les substances désensibilisatrices*

L'hyposulfite de soude ou de magnésie, le chlorure de calcium, le bromure de sodium, le citrate de soude sont aussi employés, surtout par voie intraveineuse.

Tels sont les moyens utilisés pour lutter contre la dermatite de Duhring : leur nombre rend compte de leur inefficacité ou plutôt de leur irrégularité d'action, laissant la porte ouverte à tous les essais thérapeutiques.

DEUXIÈME PARTIE

QUELQUES OBSERVATIONS DE MALADIE DE DUHRING TRAITÉE PAR L'HISTIDINE

OBSERVATION I

M. X..., âgé de 30 ans, présentant un bon état général, vient consulter en mars 1939.

Il a eu en janvier des démangeaisons intolérables puis sont apparus sur sa peau des placards érythémateux, avec des bulles et des pustules, le tout localisé à la partie inférieure du tronc et supérieure des cuisses.

Le prurit continuant, le malade alla consulter le médecin de famille qui diagnostiqua un eczéma et lui formula une pâte à l'ichthyol.

Il n'y eut pas d'amélioration et le malade vient alors consulter.

A ce moment, il présente :

1° Des placards érythémateux largement or-tiés, polycycliques, quelques-uns étant nummu-laires.

2° Des bulles d'une grosseur allant de la di-mension d'une tête d'épingle à celle d'un gros pois. Ces bulles avaient commencé à apparaître sur les cuisses, puis s'étaient étendues au tronc.

3° Certaines de ces bulles, au lieu d'être rem-plies d'un liquide clair, étaient pleines de pus, for-mant ainsi des pustules.

4° Des phénomènes douloureux consistant sur-tout en prurit et parfois en douleur aiguë au niveau des éléments éruptifs.

Nous avons posé d'après ces symptômes le dia-gnostic de maladie de Dubring et avons institué un traitement au novarsénobenzol, mais sans aucun résultat.

C'est alors, sur les conseils du Docteur Aron, Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours, que nous avons essayé les injections de chlorhydrate d'histi-dine gauche.

Nous avons fait au malade une injection jour-nalière intramusculaire de 5 cc. de solution à 4 %, c'est-à-dire de 0,20 gr. d'histidine.

Au bout de 15 jours de ce traitement, les bul-

les étaient effacées, ainsi que les pustules, tandis que les plaques érythémateuses persistaient ainsi que le prurit.

Dans la deuxième quinzaine du traitement, les plaques disparaissaient et le prurit diminuait peu à peu.

Le malade, revu depuis et très récemment, n'a pas eu de récédive et se montre enchanté d'être débarrassé de cette affection.

OBSERVATION II

Mme Y..., âgée de 46 ans, se réveille brusquement un matin avec des démangeaisons intenses du tronc et de la cuisse gauche. Les jours suivants, apparaissent des plaques rouge vif avec des bulles de la grosseur d'une olive à celle d'une noix. Il n'y a pas de pustules.

La malade va consulter un médecin qui diagnostique une maladie de Duhring et conseille l'auto-hémothérapie.

Après 15 jours d'auto-hémothérapie, sans résultat, la malade vient consulter.

A ce moment, il n'y a presque plus de bulles.

La peau est rouge avec de longues bandes desquamantes.

La démangeaison est intense.

Nous essayons d'abord le novarsénobenzol à des doses progressives de 15 à 90 ctgr. sans résultat.

C'est alors que nous soumettons le malade à des injections intramusculaires quotidiennes de chlorhydrate d'histidine de 5 cc. à 4 %.

Localement, nous mettons sur les lésions de la poudre de talc.

Au bout de 5 piqûres d'histidine, l'érythrodermie a complètement disparu, mais nous voyons alors apparaître quelques petites bulles sur la face interne des cuisses.

Mais bientôt ces bulles disparaissent et tout rentre dans l'ordre en trois semaines environ.

Depuis, nous avons eu l'occasion de revoir la malade : elle n'a plus jamais eu d'éruption ni de prurit et se porte à merveille.

OBSERVATION III

C'est une femme de 70 ans, qui vient consulter lorsque les bulles de son éruption, existant sur toute la surface du corps, commencent à s'affaïsser, tandis qu'en d'autres endroits, la peau desquame largement sur une surface rouge, érythémateuse.

Il y a peu de prurit, qui ne survient que par périodes.

La malade a, par contre, des poussées fébriles, de l'inappétence et de la diarrhée (la température monte parois à 39°).

Nous mettons d'emblée cette malade à l'histidine à la dose de 5 cc. à 4 % par jour, en injections intramusculaires.

La première amélioration est l'abaissement de la température qui, en quelques jours, disparaît complètement ainsi que la diarrhée. La malade recouvre son appétit.

Puis les lamelles desquamatives tombent, il ne persiste plus qu'une érythrodermie qui s'atténue bientôt et finit par disparaître.

Nous avons revu la malade un mois après et il ne persiste plus aucune trace d'éruption.

OBSERVATION IV

Mme Z..., âgée de 78 ans, est entrée à l'hôpital pour la première fois il y a huit ans.

C'était à la suite d'une éruption qui avait débuté par la gorge et qui s'était continuée par l'apparition sur la peau de grosses bulles, semblables, dit la malade, à un jaune d'œuf coupé par le milieu.

Celles-ci ont laissé des traces noirâtres qui ont duré au moins un an.

Il y a 6 mois, elle a été prise de douleurs géné-

ralisées, de violentes démangeaisons ont fait leur apparition et une éruption massive s'est manifestée, constituée par des bulles plus petites toutefois que lors de la première atteinte.

Il n'y a pas de température.

L'analyse a révélé des traces de sucre dans les urines et 0,10 gr. d'albumine par litre.

L'euphoryl, l'insuline, l'autohémothérapie, le novargyre furent essayés tour à tour sans succès et c'est alors qu'on institua un traitement à l'histidine en injections quotidiennes intramusculaires de 5 cc. à 4 %.

Au bout de quelques jours, le prurit diminua, les bulles se desséchèrent et, au bout de trois semaines environ, l'érythrodermie disparut à son tour.

Il ne subsiste plus à l'heure actuelle que des cicatrices mélanodermiques correspondant aux bulles. La recherche de l'albumine est maintenant négative et il ne reste plus que des traces de sucre.

La malade, malgré son âge, présente un très bon état général et va quitter l'hôpital prochainement.

TROISIÈME PARTIE

ESSAI D'EXPLICATION DU MÉCANISME DE L'ACTION DE L'HISTIDINE

Comment expliquer l'action thérapeutique de l'histidine ?

Nous nous heurtons pour cela à deux difficultés :

1° L'étiologie de la maladie de Duhring est encore trop mystérieuse pour nous permettre de savoir à quelle déficience nous remédions, contre quelle intoxication nous luttons, quel élément nous désensibilisons au cours du traitement.

2° D'un autre côté, nous ignorons également le sort de l'histidine injectée dans l'organisme.

Est-elle entièrement détruite ou son noyau imidazol sert-il à la construction d'une autre molécule, nous l'ignorons encore.

Quelques recherches entreprises par nous sur le métabolisme de l'histidine et interrompues par les événements, nous ont permis cependant d'arriver à quelques conclusions :

a) Nous avons d'abord constaté que l'injection d'histidine à l'homme coïncidait avec une élimination plus forte de bases puriques dans l'urine.

Des sujets soumis à un régime régulier pendant une dizaine de jours, recevaient ensuite une injection intramusculaire d'histidine : on constatait aussitôt une augmentation de l'élimination des bases puriques et sans pouvoir retrouver d'histidine dans les urines.

Ce phénomène, très net avec l'histidine, ne se produisait pas avec le glycocolle par exemple. Voici quelques résultats :

Moyenne des bases puriques
sur 10 jours

	sans histidine	avec histidine (0 gr. 20)	
	—	—	(en grammes)
Mme D... ..	0,638	0,907	+ 0,269
Mme M... ..	0,668	0,725	+ 0,057
Mme B... ..	0,407	0,538	+ 0,131
Mlle V... ..	0,403	0,463	+ 0,060
Mlle T... ..	0,416	0,453	+ 0,037
Mme L... ..	0,614	0,785	+ 0,171
Mme B... ..	0,345	0,528	+ 0,183
M. Be... ..	0,292	0,477	+ 0,185
M. Bi... ..	0,386	0,625	+ 0,239
M. L... ..	0,472	0,613	+ 0,141

La formation des purines aux dépens du noyau imidazol de l'histidine fournirait une belle explication mais nous nous contenterons de noter cette augmentation qui joue peut-être un rôle dans la thérapeutique envisagée au chapitre précédent.

b) Le second phénomène, celui-là vérifié de façon précise par nous, est la modification du temps de coagulation du sang sous l'influence de l'histidine.

Nous avons utilisé les différentes méthodes de mesure du temps de coagulation, essayé de nombreux acides aminés : tryptophane, lysine, glyco-

colle, histidine, et différents sujets : homme, chien, cheval, mulet.

Le résultat fut que l'histidine et seule l'histidine raccourcissait de façon notable le temps de coagulation du sang.

Ce temps de coagulation repris un quart d'heure après l'injection intraveineuse d'histidine montrait en moyenne une réduction de 10 à 6 minutes.

Cet effet se manifestait durant une huitaine de jours.

Que tirer de l'observation de ces phénomènes ?

Que l'histidine a une action certaine sur le phénomène de la coagulation, donc qu'elle modifie de façon sensible l'un des éléments mis en avant pour expliquer la formation du caillot,

Que l'histidine affecte profondément le métabolisme des purines dans l'organisme.

Or de nombreux auteurs ont attribué à la maladie de Dühring un processus hématogène, d'autres l'ont accusé de coïncider avec certains états arthritiques.

L'histidine n'agirait-elle pas dans le cas qui nous préoccupe en modifiant soit un élément du sang, soit en provoquant une augmentation dans l'élimination de certains produits, même d'une autre nature que les purines ?

Il reste enfin l'explication que l'histidine agirait par un processus de choc à la façon de l'injec-

tion d'albumines hétérogènes. Mais nous n'avons jamais observé de phénomènes de choc visibles, même avec des injections massives d'histidine par la voie intraveineuse.

Mais cette thérapeutique de choc biologique ne s'accompagne en somme que rarement de manifestations cliniques et cette hypothèse mérite d'être conservée, croyons-nous, pour la discussion de ce problème thérapeutique.

QUATRIÈME PARTIE

CONCLUSION

Quoiqu'il en soit des théories du mécanisme de l'action de l'histidine sur la maladie de Duhring, il nous reste le fait que dans quatre cas, nous sommes arrivé à faire disparaître toutes manifestations cliniques, alors que dans trois de ces cas, les méthodes classiques avaient échoué.

De plus, l'injection intra-musculaire d'un acide aminé est une thérapeutique très facile et si, vu le petit nombre des observatoins, elle n'a pas la prétention de guérir tous les cas de dermatite de Duhring, elle peut toujours être essayée.

Il serait d'ailleurs intéressant de tenter cette thérapeutique sur toutes les éruptions bulleuses de la peau, d'origine dystrophique.

Vu : *Le Doyen,*
BAUDOUIN.

Vu : *Le Président,*
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

1. BROcq. — Note sur les dermatites polymorphes douloureuses (Annales de Dermatologie : octobre 1898).
2. Arnault Tzanck et Maurice CORD. — Nouvelle Pratique Dermatologique : Dermatite de Dühring-Brocq. Tome VII.
3. M. GUGGENHEIM. — Les amines biologiques : Les composés de l'Imidazol.



